

NARCISO REBELO DA SILVA

HEMORRÓIDAS

SEU DIAGNÓSTICO
E TRATAMENTO —

TESE DE DOUTORAMENTO
APRESENTADA À FACULDADE
DE MEDICINA DO PORTO --

195112 FHP

DEZEMBRO — 1921

TIPOGRAFIA MARQUES
GONÇALO CRISTÓVÃO, 191
PORTO

HEMORRÓIDAS

Narciso António Rebelo da Silva Júnior

HEMORRÓIDAS

SEU DIAGNÓSTICO
E TRATAMENTO —

TESE DE DOUTORAMENTO
APRESENTADA À FACULDADE
DE MEDICINA DO PORTO --

DEZEMBRO — 1921

TIPOGRAFIA MARQUES

GONÇALO CRISTÓVÃO, 191

PORTO

Saculdade de Medicina do Porto

DIRECTOR - Prof. Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

SECRETARIO - Prof. Dr. Alvaro Teixeira Bastos

PROFESSORES ORDINÁRIOS

Anatomia descriptiva	Prof. Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima.
Histologia e embriologia . .	Prof. Dr. Abel de Lima Salazar.
Fisiologia	Vaga
Farmacologia	Prof. Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão.
Patologia geral	Prof. Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar.
Anatomia patológica. . . .	Prof. Dr. Antonio Joaquim de Souza Junior.
Bacteriologia e Parasitologia.	Prof. Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão.
Higiene e Epidermiologia . .	Prof. Dr. João Lopes da Silva Martins Junior.
Medicina legal.	Prof. Dr. Manuel Lourenço Gomes.
Anatomia cirurgica (anatomia topografica e medicina operatoria).	Vaga
Patologia cirurgica	Prof. Dr. Carlos Alberto de Lima.
Clinica cirurgica	Prof. Dr. Álvaro Teixeira Bastos.
Patologia medica e clinica de molestias infecciosas . .	Prof. Dr. Alfredo da Rocha Pereira.
Clinica medica.	Prof. Dr. Tiago Augusto de Almeida.
Terapeutica geral e hidrolo- gia médica	Prof. Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães.
Clinica obstetrica.	Vaga
Historia da Medicina e Deon- tologia	Prof. Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos.
Dermatologia e sifiligrafia .	Prof. Dr. Luiz de Freitas Viegas.
Psiquiatria e psiquiatria fo- rense	Prof. Dr. Antonio de Souza Magalhães e Lemos.
Pediatria.	Prof. Dr. Antonio de Almeida Garrett.

PROFESSOR COM LICENÇA ILIMITADA

José de Oliveira Lima

PROFESSOR JUBILADO

Pedro Augusto Dias, lente catedrático

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação

Art. 15.º § 2.º do *Regulamento Privativo da Faculdade de
Medicina do Pôrto, de 3 de Janeiro de 1920.*

A' memória de minha Mãe

Se hoje fosses viva que ale-
gria a tua e também a minha!

A' memória de minha Madrinhã

Saudade.

A meu Pai

O vosso esforço e o vosso
sacrifício jámais me esquecerão.

A'quela que me fez as vezes de Mãe

Gratidão.

A meus irmãos e a meu cunhado

A todos vos amo com equal
afecto.

A meu Tio

Francisco Antunes de Oliveira Guimarães

Eterno reconhecimento.

Ao Ex.^{mo} Snr.

António Barbedo de Vasconcelos

Com muita amizade,

A minha Prima

D. Ana Gil Ramalho de Vasconcelos

Obrigado pela vossa estima.

Aos meus condiscípulos e contemporâneos

em especial a

Dr. Augusto Cerqueira Gomes

Dr. César de Oliveira Martins

Dr. Elísio Filinto Milheiro Fernandes

Dr. Manuel Cerqueira Gomes

Dr. Venâncio Ribeiro de Araújo

Aos meus amigos

em especial a

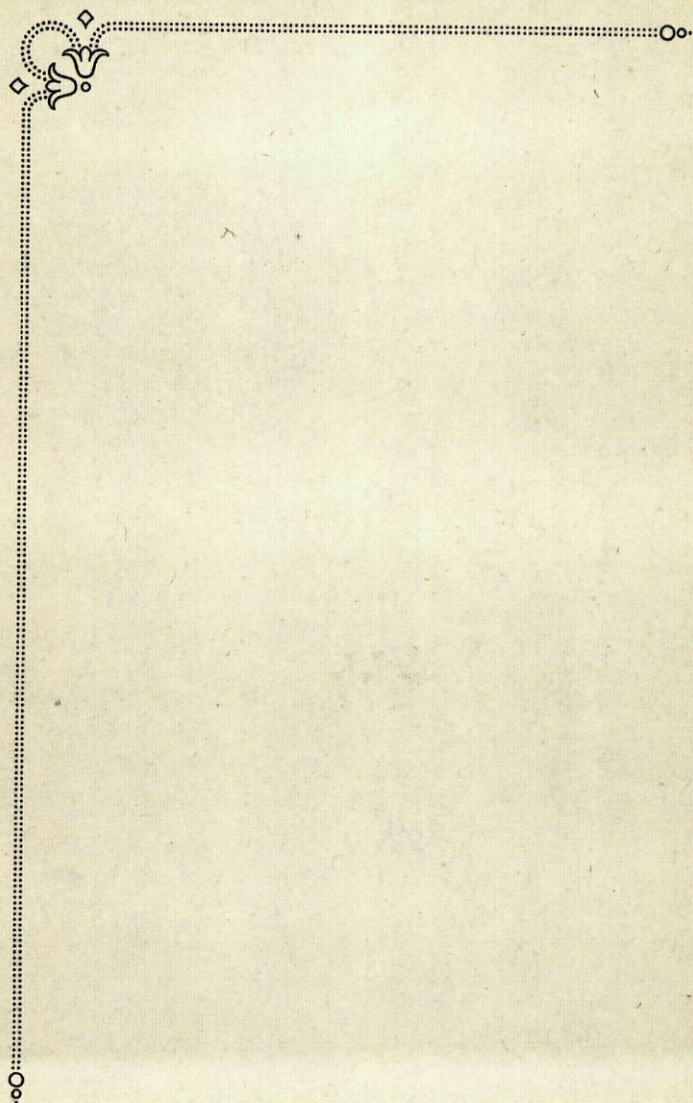
Camilo Augusto Correia e Aguiar
Manoel António Teixeira de Macedo
Carlos da Silveira Malheiro
Dr. Pedro Guimarães
Dr. António Monteiro
Jaime Fernandes da Silva
Eduardo Pires
João Pires
Cândido Teixeira Cardoso
Adriano Teixeira Cardoso

Ao meu digníssimo presidente de tese

Ex.^{mo} S^{nr.}

Dr. Alvaro Teixeira Bastos

Homenagem de profundo res-
peito e reconhecimento.



Antes de começar

Áqueles que me lerem, poderá parecer banal o assunto que escolhi para tese do meu doutoramento. As circunstâncias porêem a isso me levaram. Por minha vontade nenhum assunto escolheria, mas visto que uma lei nos impõe êste dever, eu, como muitos outros, lanço-me ao trabalho para me vêr livre o mais depressa possível duma obrigação que é sempre um pesadêlo.

Na falta de outro assunto, escolhi êste.

Vi, ajudei e eu próprio apliquei injeccões de cloridrato duplo de quinino e urêa no tratamento das hemorróidas. Fazia-as o Dr. Raúl Bensaúde no Hospital de Saint Antoine em Paris, onde com êle me encontrei durante 6 meses.

Alguma coisa de novo trago pois, e isto só me dá coragem para apresentar um trabalho, que numa das suas partes, pelo menos, algum interêsse pode ter.

Completei o meu estudo por algumas considerações sôbre tudo o que há escrito a respeito de hemorróidas,

*esforçando-me o mais possível por resumir e escrever
tudo o que de mais recente há sobre tal assunto.*

*Se consegui ou não o meu fim, o júri a que vou
submeter-me o dirá.*

*Que a minha boa vontade seja, ao menos, uma
razão para a sua benevolência.*

HEMORRÓIDAS

Sua definição — Anatomia

As hemorróidas são varizes das veias ano-vesicais.

O sistema venoso do recto é formado pelas veias hemorroidais. As *veias hemorroidais superiores*, tributárias do sistema porta, por intermédio da veia mesentérica inferior nascem do plexo hemorroidário sôbre tudo desenvolvido ao nível das válvulas semilunares de Morgagni. Êste plexo forma a êste nível pequenas dilatações ampulares, verdadeiras hemorróidas em miniatura e que segundo Duret são constantes no adulto e no velho.

Destas ampôlas venosas, nascem ramúsculos que tomam uma direcção ascendente e são mais ou menos flexuosos. Caminhando por debaixo da mucosa, perfuram por fim a musculosa e lançam-se finalmente na mesentérica inferior depois de terem recebido numerosos afluentes.

Em volta do esfíncter externo existe um outro plexo, que é o plexo hemorroidário inferior, muito

menos importante que o primeiro. É êle que dá origem às *veias hemorroidais inferiores*, que depois de um tracto mais ou menos longo na fossa ísquio-rectal, se lançam na veia vergonhosa interna, tributária da veia cava inferior.

Descreve-se ainda entre estes 2 sistemas venosos, as veias hemorroidais médias, que pouca importância tem para nós, visto que o recto apenas lhe dá alguns ramúsculos quasi insignificantes. Tiram a sua origem dos órgãos visinhos e vão lançar-se na veia hipogástrica.

Vemos pois que o recto se desembaraça do seu sangue venoso, por intermédio das veias hemorroidais terminando umas no sistema porta e outras no sistema cava. Existem ainda anastomoses ao nível da região esfínteriana, fazendo comunicar entre si êstes dois grupos de veias.

As varizes das veias hemorroidais superiores dão as chamadas *hemorroidais internas*, somente visíveis ao rectoscópio ou ao espéculo anal.

É ao nível do bordo superior das válvulas semilunares que começam a formar-se estas dilatações venosas constantes no adulto e no velho, segundo certos autores. Para Quami elas são já hemorróidas em miniatura. Daqui se estendem, quer para cima, quer para baixo, para as hemorróidas inferiores, formando assim as *hemorróidas externas*. Estas são visíveis a olho nu e existem em geral ao mesmo tempo que as primeiras. Ao passo que umas são supra-esfínterianas, as outras são infra-esfínterianas, havendo entre as duas hemorróidas intermediárias, bem visíveis quando se produz a eversão da mucosa por intermédio da ventosa de Bier.

Etiologia

As hemorróidas constituem uma doença do adulto e do velho. Podem todavia existir na criança. São mais freqüentes no sexo masculino que no sexo feminino. Na mulher a gravidez predispõe às hemorróidas. Segundo Budin 35 % das mulheres grávidas, apresentam hemorróidas que desaparecem uma vez aliviadas.

Existem causas de ordem geral e local.

Entre as primeiras assinala-se a influência da hereditariedade.

Quási todos os autores colocam as hemorróidas como uma das manifestações clínicas do artritismo. Assim Trousseau coloca-as ao lado da asma, da enxaqueca, da calculose ao descrever a gota.

Bouchard compára-as às outras doenças paroxísticas e fluxionárias (epitáxis, catarro nasal ou brônquico agudo, enxaqueca, asma), quando êle enumera as manifestações ab-articulares do reumatismo.

Em 100 casos de litíase biliar Bouchard nota as

hemorróidas 28 vezes. Encontram-se nos neuropatas, nos dispépticos, nos diabéticos e nos obêssos.

Os climas quentes e húmidos predispõem às hemorróidas.

É sobretudo nos indivíduos predispostos que actuam as infracções às regras da higiene: vida sedentária, o hábito de passar quasi todo o dia sentado, as grandes marchas, o abuso da carruagem, do cavalo, da bicicleta, as grandes quantidades de carne, os excessos alcoólicos, etc.

Actua no mesmo sentido o abuso dos purgantes, clisteres, supositórios; concorre para o desenvolvimento a constipação habitual e os esforços da defecação.

Encontram-se nas afecções do recto (rectites, estenoses, pólipos, cancro), nas afecções vésico-uretrais, na hipertrofia da próstata, nos tumores uterinos e anxiaes com desenvolvimento pélvico.

A difficuldade da circulação no sistema venoso geral ou no sistema venoso porta (doenças do fígado, pileflebite), pode influenciar nas veias ano-rectais, mas neste caso as hemorróidas não constituem senão um fenómeno accessório da extase venosa de que elas dependem.

Patogenia

Três teorias existem para explicar a formação das hemorróidas.

Teoria vitalista de Stahl. — Está hoje completamente posta de parte. Êste autor colocava as hemorróidas entre as doenças cuja cura se torna perigosa, pois êle considerava-as possuidoras do papel de eliminar os maus humores do organismo. Assemelhava o fluxo hemorroidário à menstruação. As hemorróidas não seriam senão uma válvula de segurança, deixando-se romper e eliminando o sangue no caso de pletora.

Como analogia com a menstruação se assiná-la a tensão dolorosa que precede o aparecimento dos tumores, a euforia que sucede por vezes ao escoamento sanguíneo e o aparecimento de acidentes variados consecutivos à supressão dêste escoamento.

Que os fenómenos congestivos existam, é um facto. Mas esta teoria não os explica, apenas os cons-

tata, e sobretudo não diz a razão porque estes tumores se dão somente ao nível duma região tão limitada como a região ano-rectal.

Teoria mecânica. — Segundo esta teoria admitida por Verneuil e Gosselin, a principal causa das hemorróidas estaria na ausência de válvulas no sistema porta, na compressão produzida pela evacuação do bôlo fecal e sobretudo na elevação da pressão vinda do abdômen.

Em consequência da ausência de válvulas a pressão abdominal transmite-se às veias anais e a sua parede deve por si só fazer-lhe equilíbrio. No esforço da defecação o aumento de pressão é considerável.

O ânus abre-se de tal sorte que as veias da mucosa não são já sustentadas, e a pressão do bôlo fecal contribue ainda para fazer refluir o sangue para as veias hemorróidas inferiores.

Teoria da inflamação — Papel da flebite. — As hemorróidas como as varizes têm como condição essencial da sua produção a flebite. Qualquer que seja a causa desta flebite o resultado é sempre o mesmo. É a substituição dum tecido conjuntivo inerte a uma parede que antigamente reagia pela sua elasticidade e musculatura.

Esta teoria, primeiro admitida por Quenú é hoje sustentada por todos os autores.

A extremidade inferior do recto é uma das regiões mais sujeitas à infecção. Os elementos infecciosos não faltam, as inoculações são fáceis, provocadas pelos traumatismos incessantes que acompanham as defecações laboriosas.

Para Quenú a infecção é sempre primitiva. Na realidade assim é a maior parte das vezes. Mas pode-se também pensar e admitir, que a infecção actua quando as veias tem sido primeiro mecânicamente dilatadas.

Não é raro vêr hemorróidas que sangram sem nunca terem sido dolorosas. Neste caso parece que as condições mecânicas desempenham o principal papel. Assim é em muitos casos.

Os accidentes para os quais o médico é chamado, são accidentes inflamatórios. As hemorróidas dolorosas, turgescerentes e congestionadas são na realidade hemorróidas infectadas.

A famosa congestão dos vitalistas não é senão uma consequência da inflamação.

Por aqui se vê que as hemorróidas constituem uma doença que é preciso, e não perigoso, curar como queriam aqueles que lhes attribuiam um papel salutar. É certo que em certos casos devemos curar lentamente. Êsses casos, bem como as rasões que nos levam assim a proceder, serão expostos no capítulo que diz respeito ao tratamento.

Sintomatologia

Para bem estudarmos a sintomatologia das hemorróidas, dividi-las-emos, segundo Raúl Bensaúde, em *«hemorróidas não complicadas e em hemorróidas complicadas»*.

Hemorróidas não complicadas

O principal sintoma de que se queixam os doentes é a *hemorragia*. Esta é a principio pouco abundante. Os doentes constataam que a sua camisa aparece manchada. Outras vezes notam sôbre as suas matérias fecais algumas estrias ou gotas de sangue.

Pouco a pouco as perdas sanguíneas tornam-se mais freqüentes.

As hemorróidas sangram a cada defecação, devido à passagem do bolo fecal, duro e volumoso. Outras vezes sangram mesmo sem causa ocasional. Estas hemorragias podem aparecer durante vários dias ou

várias semanas, para depois desaparecerem até que uma nova crise se produza.

O sangue é em geral puro e não acompanhado de pús. Êste só aparece quando há inflamação da mucosa rectal. Não é nunca misturado às matérias fecais, não é negro, mas vermelho vivo ou carregado. Como quantidade é muito variável. Quando as perdas de sangue são pouco abundantes, os doentes apresentam um certo alívio. Quando porêem elas são abundantes, ou se repetem apesar de diminutas, acarretam uma anemia profunda dos doentes que tomam muitas vezes o aspecto de grandes cancerosos caquéticos ou o de uma anemia perniciosa progressiva.

Mas ao lado das hemorragias aparecem outros sintomas subjectivos de menos importância. É a sensação de pêso acompanhada de falsa necessidade de evacuação, a emissão difícil de gases, a flatulência, a sensação de constrição anal, o tenesmo vesical, a sensação de prurido, de queimadura, de rasgadura, que o menor atrito exaspera, e por vezes a excitação genésica. Êstes sintomas precedem em geral as hemorragias. Nalguns doentes produzem-se sintomas a distância como cefalêas, vertigens, zumbido, insónias, etc.

As *hemorróidas externas*, vêem-se perfeitamente à simples inspecção. São pequenas saliências situadas no bôrdô do orifício anal. São recobertas quer de pele, quer de mucosa, quer de mucosa para dentro e de pele para fora. Se a hemorróida é turgesciente, forma um pequeno tumor liso, arredondado e tenso.

Se ela é flácida, forma um tumor mole e com pregas. A sua côr varia do rôxo ao violáceo. Às vezes encontram-se outros tumores duros indolores, seme-

lhantes aos condilomas. São as hemorróidas endurecidas.

As *hemorróidas internas*, somente serão reconhecidas pelo toque rectal, pelo exame ao rectoscópio ou endoscópio anal, ou por simples inspecção depois da eversão da mucosa por intermédio duma ventosa de Bier. Os caracteres que nos apresentam estas hemorróidas a estes exames, descrevê-los-ei ao tratar do diagnóstico.

Hemorróidas complicadas

São três as principais complicações hemorroidárias: a hemorragia, a flebite ou fluxo hemorroidário, a procidência.

As *hemorragias* podem pela sua intensidade ou pela sua repetição constituir uma verdadeira complicação. Colocam o doente num estado tal de anemia que se torna necessário vigiar.

O *fluxo hemorroidário* é devido à flebite ou trombose das veias ano-rectais. No momento da crise o doente queixa-se de falsas necessidades de evacuação, de tenesmo, de dores vivas que o menor movimento ou esforço aumenta. A defecação torna-se quasi impossível. Os doentes evitam mesmo este acto para não exasperarem os seus sofrimentos. As micções tornam-se também dolorosas. Todo este cortejo doloroso se acompanha muitas vezes dum mal estar geral e mesmo duma elevação de temperatura o que obriga o doente a guardar o leito. Esta crise dura geralmente 8 dias e termina-se por simples resolução. Outras vezes é mais intensa, a hemorróida rompe-se dando origem a gran-

des hemorragias que produzem um alívio. Outras vezes sai um simples coágulo negro às vezes banhado em pús.

Formam-se neste caso um abscesso hemorroidário.

Quando a inflamação foi viva ou muitas vezes repetida, as veias obliteram-se por trombo-flebite, a obliteração desta veia e a condensação esclerosa do tecido celular ambiente transformam as hemorróidas em uma nodosidade fibrosa, sêca e de aparência mucosa a que os antigos deram o nome de *maúsca*.

Quando se faz a infecção da região anal, vêm-se os tumores hemorroidários aumentados de volume, do tamanho duma avelã ou duma pequena noz, tensos e resistentes, de côr violácea.

A procidência. — É uma complicação das hemorróidas internas. Assim se chama a saída das hemorróidas, através do orifício anal. Graças ao tecido conjuntivo que forra a mucosa rectal, êles têm tendência a pedicularizar-se e fazer saliência para o exterior. Nos casos mais benignos sòmente aparecem através do orifício anal entre-aberto na ocasião da defecação ou outro qualquer esforço. Nos casos mais avançados em hemorróidas aparecem ao orifício anal debaixo da forma de um bordalête contínuo ou descontínuo, formado de massas isoladas, do volume duma avelã ou duma pequena noz.

Umas vezes esta procidência é intermitente. Produz-se no momento da defecação e depois na ocasião de qualquer esforço. Mas terminada a causa que mantinha a procidência, tudo volta ao estado normal, quer espontâneamente, quer com a ajuda dos dedos. Muitas

vezes a redução dêste prolapso hemorroidário é dolorosa e faz-se difficilmente. Outras vezes a procidência é permanente. Nêste caso, podem ser fácilmente redu-tíveis, mas desde que não são mantidas pelos dedos, tornam a saír. Forma-se uma espécie de hérnia permanente do recto. Outras são irredu-tíveis, quer por inflamação, quer por estrangulamento, quer pelos dois processos ao mesmo tempo, porque a inflamação reage sôbre o esfíncter e a contractura do esfíncter sôbre a inflamação.

Debaixo da influência destas duas causas, as hemorróidas procedentes incham e tornam-se renitentes, turgidas e violáceas. As dores adquirem uma intensidade extrema. O menor esforço as exagera havendo muitas vezes retenção de urina.

Examinando o orifício anal vê-se em geral 2 círculos concêntricos de hemorróidas: um externo formado por 3 ou 4 hemorróidas, mais vermelhas e separadas por sulcos profundos; outro interno formado por bosseladuras redondas dum vermelho carregado ou violáceo, com superfície lisa e recoberta de mucosidades. As conseqüências dêste estrangulamento são: ou a hemorragia por rutura, ou a supuração por flebite, ou o esfacêlo parcial ou total por gangrêna da parte estrangulada. Alguns autores teem mesmo aconselhado o estrangulamento provocado como meio terapêutico. Quando as crises se repetem várias vezes, é freqüente as hemorróidas complicarem-se de *rectite hemorroidária*. Vê-se então a mucosa rectal, em lugar de anemiada e pálida em conseqüência das hemorragias que provoca o fluxo hemorroidário, fortemente congestionada, lisa ou granulosa, e percorrida por numerosas

ramificações vasculares. Ao exame rectoscópico nem mesmo erosões ou ulcerações. Outra particularidade se nota; é que a sede das hemorragias é muitas vezes ao nível da mucosa inflamada, e não ao nível dos tumores hemorroidais. Esta rectite hemorroidária, traduz-se por dores vagas, mas constantes, que irradiam para a bexiga e coxas e por falsas necessidades de defecação. Existe muitas vezes uma secreção muito abundante de muco ou muco-pús, a que Richet dava o nome de *hemorróidas brancas*.

Uma outra complicação bastante freqüente é a *fissura anal*. É constituída por uma pequena erosão superficial tendo a sua sede entre duas pregas da mucosa anal. São sôbretudo freqüentes nos constipados e ocasionadas pela passagem das matérias mais ou menos endurecidas. A fissura traduz-se clinicamente por dores vivas, por vezes intoleráveis, produzindo-se durante e depois da defecação. Ao toque nota-se que num ponto da circunferência anal existe uma sensibilidade tal que o doente não suporta uma pressão mesmo superficial.

Afastando com os dedos as pregas anais, consegue-se vêr esta fissura a maior parte das vezes. Outras vezes porêr ela está situada mais acima, e então lança-se mão do rectoscópio que a procura no ponto que o toque tinha primeiro referenciado.

Diagnóstico

Não é difficil em geral o diagnóstico de hemorróidas. Contudo, muitas vezes succede que o médico, abstendo-se de todo o exame objectivo, faz o diagnóstico de hemorróidas quando elas não existem, ou attribui sòmente a elas todas as perturbações acusadas pelo doente, quando é certo que elas proveem de lesões mais acima situadas, muito mais graves e reclamando outro tratamento. Não basta que o doente nos constate hemorragias rectais. É preciso vêr-se a lesão e só assim estaremos ao abrigo de todo o engano. Mas uma vez constatada a lesão, deve-se examinar o recto e a ansa sigmóide, pois já não é a primeira vez que acima das hemorróidas se encontra uma polipose, um cancro ou lesões disentéricas. Inversamente, as perturbações a que dão origem por vezes as hemorróidas fazem com que as esqueçamos e atribuamos as perturbações acusadas pelos doentes a uma outra afecção. É assim que as hemorragias repetidas ou em grande

abundância, as cefalêas, as insónias e as perturbações psíquicas a que elas dão origem em certos doentes, conduzem-nos a um estado de anemia e de caquexia que à primeira vista nos faz pensar no cancro, e portanto nos obsta a fazermos o tratamento apropriado. Preciso se torna, pois, fazer sempre o exame local.

As hemorróidas externas e internas procidentes descobrem-se pela simples inspecção. Para as hemorróidas internas lançamos mão do toque rectal, da eversão da mucosa ou do exame rectoscópico.

O *toque* dá-nos uma sensação especial. São pequenas saliências moles, levantando a mucosa. Porém, fora das crises hemorróidais são muito difíceis de distinguir porque a sensação flácida e untuosa que nos dão se confunde com a do resto da mucosa. Nestes casos usa-se a *eversão*. Coloca-se o doente em posição genu-peitoral. Convida-se a fazer o esforço da defecação. Ao mesmo tempo com os dedos das duas mãos bem secos, produzem-se tracções paralelas às pregas radiadas. Vêem-se então as hemorróidas formando tumores mais ou menos violáceos. Pode-se ainda favorecer esta operação dando ao doente um pequeno clister de água glicerínada. Nada há, porém, para a exteriorização das hemorróidas que seja superior à *ventosa de Bier* geralmente de 4^{cm.} de diâmetro.

A sua aplicação é fácil, salvo nos indivíduos magros, onde a sua adaptação se produz mal.

A estes indivíduos usa-se uma ventosa de forma anal de que o eixo maior corresponde à prega internadegueira. Para que a ventosa se adapte bem começa-se por induzir de vaselina os seus bordos, bem como as margens do ânus. Coloca-se a ventosa

de sorte que o orifício anal fique perfeitamente no centro. Faz-se depois a aspiração lenta por uma bomba, de que há vários modelos, sendo a melhor aquela que nos permite com uma só mão fazer a aspiração. Vê-se então a mucosa rectal como que desenrolar-se formando um prolapso tanto maior quanto mais longe levarmos a operação. Veem-se aparecer os tumores varicosos com uma grande nitidez; outras vezes formando pequenas massas granulosas em framboeza, ora mais desenvolvidas de côr azulada ou violácea. Êste processo tem a vantagem de tornar mais salientes as hemorróidas em comêço e portanto facilitar a sua observação. Mas é preciso notar-se que sob a influência da aspiração todos os vasos incham mesmo numa mucosa sã.

Todo aquêlê que faz um exame pela primeira vez arrisca-se pois a apelar de hemorroidário um indivíduo que o não é. É pois preciso fazer exames num indivíduo são para estarmos habilitados a conhecer o que é normal e o que é patológico.

A eversão por êste processo, permite-nos ainda localizar de uma maneira certa as hemorróidas, um ponto que sangra, uma fissura, etc.

Feito o exame destaca-se a ventosa, abrindo uma torneira situada no tubo que liga a ventosa à bomba e que permite a entrada do ar.

Geralmente o prolapso rectal entra por si. Mas caso contrário faz-se a redução com os dedos, untando-os com azeite ou vaselina.

O rectoscópio usa-se para vêr as hemorróidas situadas muito altamente, na ampola rectal, ou visinhos da ansa sigmóide. Digamos de passagem que estes

casos são excepcionais. Mas nêles o fim principal da rectoscopia, é reconhecer lesões situadas no recto e que são a maior parte das vezes as causas de todas as perturbações. As hemorróidas apresentam-se a êste exame como grandes tumores em pequenas dilatações ampulares de côr negra ou violácea, ou então debaixo da forma de venosidades extremamente finas, simulando uma équimose. Os pontos que sangram são muitas vezes indicados por pequenas erosões ou ulcerações. A mucosa circunvisinha ora é normal, ora pálida e percorrida por ramificações venosas. Ora enfim ela é a sede de uma verdadeira rectite hemorrágica, causa freqüente de hemorragias, que sem razão se atribuem às hemorróidas.

Diagnóstico diferencial

É sobretudo com o cancro do recto que deve ser feito o diagnóstico. As hemorragias graves ou repetidas a que estão sujeitos os hemorroidários dão-lhe muitas vezes o aspecto anémico e caquético dos cancerosos. Só o exame local fará o diagnóstico: os caracteres principais são; a côr de carne muscular, a dureza e a friabilidade sangrando ao menor atricto.

Os pólipos podem confundir-se com as hemorróidas procidentes. Porém, aqueles aparecem de preferência na criança, são tumores macissos e quási sempre pediculados. Além disso o exame rectoscópico nos dirá facilmente se sim ou não se trata dum pólipso.

Os condilomas podem confundir-se com as hemorróidas externas, especialmente com as moriscas. Mas

os condilomas são desenvolvidos exclusivamente na derme fazendo parte da própria pele que não deixa fazer pregas à sua superfície, são firmes ao toque e não se deixam reduzir pela pressão. A sua côr não difere da côr da pele visinha.

Terapêutica

As hemorróidas constituem hoje uma doença que há sempre interêsse em suprimir. As antigas idéas que atribuíam às hemorróidas um papel salutar e derivativo está hoje posta de parte pela maioria dos autores. É certo que se tem constatado accidentes consecutivos à sua supressão nos hipertensos e nos artríticos. Nestes indivíduos, dizem alguns autores, a descarga sanguínea é necessária e portanto se deve hesitar antes de intervir.

Somos de opinião que as devemos tratar, mesmo nestes casos; sòmente olharemos de uma maneira especial para o estado geral, que cumpre tratar primeiro que tudo, usando como tratamento local meios menos activos e que não actuem tão rápidamente, como succederia por exemplo com o acto operatório. Quanto às hemorróidas sintomáticas, devemos vizar duma maneira especial a causa que as provocou ou concorreu pelo menos em parte para o seu desenvolvimento. As

hemorróidas da gravidez se não acarretam acidentes de maior devemos poupá-las, pois elas desaparecem apoz o parto.

O tratamento pode ser médico e cirúrgico.

Tratamento médico. — «Quoi qu'en pensent les chirurgiens, il y a um traitement medical des hemorrhoides» diz o professor Albert Robin. Assim o acreditamos. Não há dúvida nenhuma que o número dos doentes que vão ao cirurgião, tende a diminuir de cada vez mais, e muitos que sofrem o acto cirúrgico assim o quizeram porque se não trataram quando o tratamento médico podia ter dado os seus resultados.

Hemorróidas não complicadas

Higiene e regimen. Medicamentos. — Todo o hemorroidário deve evitar a vida sedentária. O exercício sem ser exagerado deve-lhe ser aconselhado. Devem ser evitadas todas as causas que provocam a congestão da região ano-rectal, assim como: as corridas a cavalo, em bicicleta e todos os excessos de qualquer ordem que sejam. As massagens e a gymnástica são-lhes aconselhadas, assim como as fricções secas e alcoólicas. Deve-se evitar a constipação. Esta é de todas as causas a combater a mais importante. Para isso, além das massagens e gymnástica a que já nos referimos, aconselham os autores beber de manhã, em jejum, um copo de água quente ou fria e fazer uso dum regimen alimentar com figos, ameixas, manteiga, mel, etc. Usam-se também clisteres de azeite na dose de 2

a 4 colheres de sopa ao deitar. Quando estes meios não actuam dar os purgantes mecânicos como o óleo de rícino, o agar-agar, o azeite, e outras substâncias como a beladona. Não fazer uso dos drásticos e em especial do álcoês. Todos os autores são de opinião que êles provoquem a congestão das hemorroidas.

Depois de cada defecação, toilete da região anal com água fervida ou boricada fria.

Usar papeis finos e de sêda. Banhos de assento frios e duchas frias na região anal. Um pequeno clister de água fria antes de cada evacuação. Em certos indivíduos é mesmo conveniente repetir estes clisteres depois da defecação, pois na ampola rectal ficam restos de materias que podem produzir irritações da mucosa.

Muitos hemorroidários queixam-se também de prurido anal, que é em parte devido à insuficiência da defecação. É preciso praticar o exame rectoscópico para eliminar qualquer outra causa de prurido, como a oxiurose. Contra o prurido actuam os clisteres post-defecatórios, as pomadas cocainadas e as pincelagens com uma solução de nitrato de prata a 2 %. O melhor tratamento, porém consiste na aplicação de correntes de alta frequência. Tem dado ótimos resultados, também, ao Dr. Raúl Bensaúde as injecções ao nível da região pruriginosa de cloridrato duplo de quinino e urêa a 5 %.

Pode-se também usar a loção seguinte muito quente :

Ácido fénico	}	ãã 5 gramas.
Ácido acético		
Alcoól		50 gr.
Água		q. b. para 1/2 litro.

e em seguida aplicar a pomada :

Antipirina	1, gr. 50
Bálsamo do Perú.	x gotas
Óxido de zinco.	10 gr.
Unguento popoleão	q. b. p. 30 gramas.

No caso de eczema usa-se a pomada de óxido de zinco pura ou ictiolada a 1 %.

Se o eczema é húmido usam-se as compressas embebidas em água bórica ou as aplicações de uma solução de nitrato de prata a 1 %.

Quanto à dietética deve o hemorroidário abster-se de todo o excesso em bebidas alcoólicas, licôres ou bebidas fermentadas, café e chá forte. Eliminar as especiarias e os condimentos.

A alimentação deve sêr sobretudo vegetariana, devendo sêr muito moderado o uso das carnes, ovos e peixe.

Deve o hemorroidário evitar sobretudo o uso das carnes vermelhas, da caça, conservas e queijos fermentados.

Hemorróidas complicadas

No caso de hemorróidas externas, turgescientes e dolorosas, ordena-se o repouso e a dieta láctea ou vegetariana.

Dão bom resultado também as pulverisações do fenosalol a 1 %, os banhos de assento quentes a 40°, a untura com a pomada cocainada a 2 % ou com a pomada de extracto de beladona a 10 %. Usa-se também o unguento popoleão, quer só, quer associa-

do a outras substâncias adstringentes e analgésicas como por exemplo:

Unguento popoleão	30 gramas
Extracto de ratânia	2 gr.
Extracto tebaico	} 3ã ogr.,50
Cloridrato de cocaina	

ou a pomada de ortofórmio a 10 % ou 30 %, a de anestesia a 10 %, as loções com cloridrato de adrenalina de 1 a 5 ‰, as compressas tépidas de água bórica, etc.

Outras fórmulas recentes:

Oxíclorêto de bismuto	ogr.,05
Óxido de zinco.	ogr.,15
Adrenalina a 1 ‰	ogr.,005.

Para um supositório

Cloridrato de eucaina	} 3ã ogr.,05
Mentol	

Para um supositório

Cloridrato duplo de quinino e urêa a 5 %	ogr.,18
--	---------

Para um supositório

Às hemorróidas internas aplicam-se estes mesmos supositórios e pomadas sobretudo aquelas em que entra o extracto de beladona.

Usam-se ainda os seguintes com base de crisarobina ou extrato de hamamélis. Ex.:

Crisarobina	ogr.,10
Tanino	ogr.,20
Extracto de beladona	ogr.,01
Manteiga de cacau.	q. b. para um supositório

Extracto de hamamélis	ogr., 10
Ictiol	} ãã ogr., 20
Tanino.	
Extracto de beladona	ogr., 01
Manteiga de cacau	q. b. para um supositório

Internamente emprega-se um producto novo que fez parte em 1920 do assunto duma tese da faculdade de farmácia de Nancy. Parece ser mais activo que as preparações clássicas e actuaria rápidamente sôbre a turgescência hemorroidária. A contracção prolongada e repetida de músculos lisos das paredes venosas conduziria à redução das dilatações venosas, a não ser que as paredes já estejam muito esclerosadas, infiltradas e já desde há muito endurecidas.

Esta substância é extraída duma planta a que os indígenas da Algéria e Marrocos dão o nome de Teskra.

Os resultados obtidos por Bensaúde são bons e como êste muitos outros autores a aconselham. Rodillon acaba de consagrar a esta planta um estudo especial donde resulta que os princípios que ela contém (tanino e quino-sterina) constituem um medicamento de primeira ordem para o nosso caso. Êle prepara uma maceração hidro-alcoólica a 1 por 5 a que dá o nome de Teskrina. Aconselha de XL a XC gotas tomadas em 3 vezes durante o dia, no intervalo das refeições.

Recentemente Henry-Leclerc descreveu os bons efeitos do Cuprêssus, análogos aos da Teskra. Dá-se a tintura de Cuprêssus na dose de XL a LX gotas por dia. Pode-se também usar o medicamento externamente. Aplica-se então o extracto fluido ou a tintura em

solução a 5 %, ou ainda a pomada contendo 0^{gr},15 de princípio activo.

Contra as *hemorragias*, se elas são pouco abundantes faz-se uso dos banhos de assento frios, dos vulgares supositórios contra as hemorróidas e das correntes de alta frequência. Se as hemorragias são mais abundantes, podemos usar internamente o extracto fluido de hamamélis virgínica, de castanha da Índia, de hidrástis Canadensis e ainda o Cupréssus, ou então uma poção de cloreto de cálcio, ou 2 clisteres por dia desta substância na dose de 20^{c.c.} cada um numa solução concentrada a 5 %. É preciso que o cloreto de cálcio seja cristalizado e químicamente puro. Os clisteres devem ser praticados logo após a defecação, ficando o doente deitado, durante meia hora depois dêles applicados. Usa-se ainda os tampões mergulhados numa solução de antipirina a 1 por 5 ou de adrenalina a 1 por 1000. Vidal preconiza o extracto de Capsicum-Annum em pílulas de 0^{gr},20 para tomar 4 ou 5 repartidas pelas duas principais refeições.

Localmente os clisteres frios de 250^{c.c.} adicionados duma das substâncias seguintes: tanino, 1 grama; alúmen, 4 gramas; gelatina, 12 gramas; cloreto de cálcio, 2 gramas; e ferripirina, 15 gramas.

Esta última substância pode applicar-se sob a forma de gaze a 20 % ou em supositórios:

Ferripirina	0 ^{gr} ,01
Extracto de beladona	0 ^{gr} ,02
Manteiga de cacau	q. b.

Bensaúde serve-se muitas vezes de compressas esterilizadas embebidas em soro de cavalo.

Finalmente temos o gêlo, quando a hemorragia é mais para temer. Parte-se em pequenos pedaços e introduz-se dentro duma bexiga de cauchú que se coloca na região perineal, tendo o cuidado de proteger as hemorróidas e a pele com uma espessa camada de vaselina, ou mesmo com um pano de flanela. Nos casos extremos, recorre-se às injeções de soro gelatinado, ou ao tamponamento do recto com compressas nêle embebidas, com gaze iodoformada ou com algodão embebido numa solução de ferripirina a 20 %.

Se nenhum destes meios consegue pôr termo à hemorragia servimo-nos do rectoscópio, vemos o ponto que sangra e cauterisamo-lo com o nitrato de prata ou o cloreto de zinco. Se nada se consegue, só o cirurgião curará o doente.

Procidência. — Em caso de procidência das hemorróidas internas, a primeira indicação é evidentemente reduzi-las. Coloca-se o doente em decúbito lateral e faz-se a redução com o dedo embebido de azeite ou vaselina. As manobras são porém muito dolorosas e a dôr determina uma contractura reflexa do esfíncter que aumenta ainda as dificuldades da redução. É preciso então, recorrer-se ao mesmo artifício que para o prolapso, induzindo a massa procedente de vaselina novocainada, ou aplicando sôbre a massa uma simples compressa embebida numa solução de novocaina a 5 % a que se juntam algumas gotas de adrenalina. Quando a anestesia é obtida, faz-se uma malaxação do tumor para expulsar o sangue e o líquido edematoso, diminuindo assim o seu volume antes de tentar fazê-lo entrar. Se nada se conseguir, mais vale não martirisar

o doente. Recorre-se então à aplicação de sanguesugas ao nível dos tumores hemorroidários, tendo o cuidado de tapar o orifício anal para que elas não subam para o recto. Se não podêmos dispor dêste meio recorreremos à dilatação do esfíncter.

Muitas vezes depois da redução os doentes sentem dores. É então que se faz uso dos supositórios morfinados. Se há ameaças de gangrêna não se deve praticar a redução. É neste caso que está indicada a intervenção. Mencionemos de passagem que Boas considerava o estrangulamento como um processo de cura.

Êle exagera-o, sempre que existe, por meio de loções de água salgada ou glicerinada. A circulação sendo nítidamente interrompida, ao nível do esfíncter, as hemorróidas trombosam-se e tornam-se fibrosas. A cura seria assim obtida em 2 semanas. Êste processo está hoje abandonado, mesmo pelo próprio autor.

Fissura. — Quando as hemorróidas se complicam de fissura pode-se a princípio recorrer às pomadas cocainadas a 2 %, ou às loções com uma solução de novocaina a 5 % antes da defecação e mesmo aos pequenos clisteres de azeite. Depois da defecação usam-se então os supositórios calmantes com extracto de beladona, ou ao mesmo tempo calmantes e adstringentes como:

Extracto de beladona	ogr.,01
Extracto tebaico	ogr.,03
Extracto de ratânia	igr.
Manteiga de cacau	q. b.

Para um supositório

Estes meios são de todos os mais inefficazes, tendo apenas um efeito calmante.

São de uso corrente as cauterisações com o nitrato de prata ou o sulfato de cobre; usa-se para isso uma solução a 10 % e fazem-se as cauterisações duas ou três vezes por semana.

Eu assisti pessoalmente a um caso do Dr. Sani-gnac tratado por êste processo. A fístula tinha uma circunferência de uma das nossas antigas moedas de meio tostão. Eu vi a fistula ir cicatrizando a pouco e pouco, a sua abertura reduzir-se de cada vez mais e os sintomas atenuarem-se a olhos vistos; a ponto que ao fim de uma dúzia de applicações, a doente ficou curada. É pois um tratamento simples e ao alcance de todos. É além disso o tratamento clássico.

Porém, de todos os tratamentos médicos, o que melhor resultado dá é o tratamento pelas correntes de alta frequência; usa-se para isso um electrodo especial de vidro, introduzido no ânus. Êste tratamento actua pela sua acção descongestionante, analgésica e cicatrissante. Fazem-se em geral 10 a 20 applicações, a princípio quotidianas e depois todos os 2 dias. Êste tratamento é bem acolhido pelos doentes, pois que é indolor. Se a introdução do electrodo anal for difícil, devido à esfincteralgia, basta introduzir a ponta e pôr em seguida o aparelho a funcionar. Desde logo o seu efeito analgésico se faz sentir e então se pode caminhar mais para diante. As applicações duram em média de 5 a 7 minutos. Os efeitos do tratamento vão aumentando à medida que se persiste nas applicações. Eu vi no serviço do Dr. Bensaúde fazerem-se estas applicações e os bons efeitos que tiravam os doentes que a elas

se sujeitavam. Estas aplicações dão bom resultado não somente no caso de fissura, mas no caso de hemorróidas não complicadas, quando de pequeno volume, e nos casos de prurido e eczema.

Contra as fissuras recidivantes as lavagens com uma solução de tanino a 2 % actuam favoravelmente. Elas indurecem a mucosa e tornam-na assim menos vulnerável.

Tratamento radical das hemorróidas pelas injeções coagulantes

Entre as várias substâncias empregadas para este fim, aquela que mais resultados tem dado e que mais ardentes defensores tem tido é a glicerina fenicada.

Este tratamento preconizado na América por Mitchell e ardentemente defendido por Kelsey consiste na injeção em cada tumor hemorroidário de 1 a v gotas de glicerina fenicada a 50 %.

É preciso evitar a acção cáustica do ácido fénico sobre a mucosa sã, para o que convém induzir de vaselina esterelizada todas as regiões visinhas do campo operatório. Fazem-se em geral 3 ou 4 injeções, durando o tratamento 3 ou 4 semanas.

Feita a pequena operação, o doente deve ficar no leito durante 3 dias, tomando em cada um deles x gotas de láudano. Ao fim do 3.º dia dá-se-lhe um purgante de óleo de rícino. Termina-se o tratamento, colocando sobre a região tratada um rôlo de gaze esterilizada, mantido no lugar por uma ligadura em T. Este método produz uma inflamação intensa, depois

da qual as hemorróidas murcham e desaparecem. Tem sido criticado pelo professor Quénu e outros autores que a acusam de perigos graves, entre os quaes colocam a gangrêna, a supuração e as embolias. Outros cirurgiões são, pelo contrário, partidários ardentes dêste método. Entre outros se encontra o professor Roux, de Lausanne.

Desde 1890 êste autor tem tratado centenas de casos pela glicerina fenicada, sem accidentes sérios e sem recidivas, uma vez que o doente toma depois do tratamento os cuidados recomendados e as precauções indispensáveis para não traumatizar o seu recto.

Outras substâncias têm sido empregadas: a água salgada, o éter iodoformado, a ergotina, a adrenalina, o sulfato de ferro, o clorêto de zinco, o perclorêto de ferro e o álcool.

Mas de todas estas substâncias a que mais tem sido empregada é o álcool a 96°, preconisado por Boas.

O álcool possui uma enérgica acção coagulante e não é irritante. Começa-se por bem pôr a nú as hemorróidas por meio duma ventosa de Bier. Faz-se a anestesia local com uma preparação de cocaína e injecta-se em cada tumor 2 a 5^{cc} de álcool a 96°. Depois da injeccção as hemorróidas entram em geral mais ou menos facilmente no recto; ao fim de alguns dias, pode-se então sentir cordões duros que acabam por desaparecer completamente em algumas semanas. Por vezes porém, o tumor hemorroidário não entra, sofre a necrobíose eliminando-se em 8 e 15 dias, e acompanhando-se de reacções dolorosas mais ou menos vivas.

Tratamento pelas injeções de cloridrato
de quinino e urêa

Pelos belos resultados que elas tem dado ao Dr. Bensaúde, podemos afirmar que constituem para futuro o verdadeiro tratamento das hemorróidas. Deve-se porêr dizer que o tratamento não se aplica às hemorróidas inflamadas, externas ou estranguladas; a sua verdadeira indicação são as hemorróidas internas não complicadas, aquelas em que o sintoma dominante é a hemorragia e as hemorróidas procidentes que sejam reductíveis. Com efeito vê-se debaixo da sua acção as hemorragias desapareceram, logo apoz a 1.^a ou 2.^a injeção. O doente sente-se desde logo aliviado de todos os pequenos sintomas que apresentava, como o tenêsmo, as falsas necessidades, a sensação de tensão dolorosa, etc., e isto os anima a seguir o tratamento, que só tem o inconveniente, talvez, de ser um pouco demorado. Estas injeções actuam também sobre o proplaso rectal, e por isso estão indicados nas hemorróidas que dêle se acompanham. O prurido anal é, como vimos, também curado por estas injeções.

Diz Bensaúde, num artigo publicado na *Presse Medicale* de 2 de Março de 1921, o seguinte:

As injeções de cloridrato duplo de quinino e urêa não são dolorosas. A dor que determina por vezes a injeção das primeiras gotas não dura. Fáceis de praticar, elas empregam-se sòmente contra as hemorróidas internas, que devem ser descobertas com o espéculo, sem que a anestesia seja necessária. Elas são consideradas como um verdadeiro tratamento ambulatório, não exigindo nem casa de saúde nem hospital.

É o tratamento de consulta por excelência. O doente que recebeu uma injeção pode imediatamente ir para o seu trabalho e continuar as suas habituais ocupações.

Inúmeros casos tem sido já tratados pelo Dr. Ben-saúde com resultados excelentes.

É certo que nos Estados Unidos, onde estas injeções tem sido aplicadas freqüentemente, alguns casos de infecção grave têm sido relatados. Não constitui este facto, para nós que as vimos aplicar, motivos para desânimos ou receio. Devemos porém, ter sempre em vista que operamos numa região difícil de asptisar e muito rica em micróbios. Portanto, todos os cuidados de asepsia e antiseptia devem ser tomados para evitar a infecção.

Técnica. — A solução de que nos servimos é a solução a 5 % de cloridrato dúplo de quinino e urêa em ampolas de 1 ou 2 centímetros cúbicos.

A seringa é uma seringa vulgar de injeções hipodérmicas, sendo a agulha de platina, e tendo de comprimento um centímetro, pouco mais ou menos. Deve ser muitíssimo fina e mesmo flexível. Entre a seringa e a agulha interpõe-se um tubo de metal que se adapta pelas suas extremidades a estas duas partes do nosso manual operatório. Este tubo poderá ser maior ou menor, conforme a distância a que se encontram as hemorróidas a tratar. Um espéculo anal ou anuscópio, um frasco com tintura de iódo, eis tudo aquilo de que se precisa.

Começamos por fazer a esterelisação de todo este manual operatório, para o que nos basta a simples ebulição na água. No momento em que estivermos

para dar a injeccão podemos para mais segurança levar à chama do alcoól ou do gaz a agulha de platina. Colocamos o doente em posição genu-peitoral de sorte que o orifício anal fique bem iluminado pela luz solar. Fazemos o toque rectal servindo-nos de uma dedeira em cauchú depois de bem induzida de azeite ou vaselina.

Êste acto preparatório é muito importante para melhor introdução do rectoscópio ou espéculo. Êste por sua vez passado pelo azeite, sòmente exteriormente, é introduzido no recto, o que de hábito se faz muito fácilmente. Podemos agora à vontade, retirando ou fazendo avançar o espéculo, pôr bem a descoberto as hemorróidas que nos propomos tratar, directamente iluminadas pela luz solar, graças à posição que demos ao doente. Com um pequeno tampão de algodão aplicado na extremidade de uma vareta e mergulhado em tintura de iódo, pincelamos as hemorróidas a tratar. Fazemos em seguida a injeccão, e terminada esta de novo applicamos a tintura de iódo. Com esta prática, nenhum accidente tem sido notado.

A quantidade a injectar varia conforme o volume do tumor hemorroidário. Podemos tratar várias dilatações varicosas no mesmo dia, ou uma só em cada sessão. A maior parte das vezes contentamo-nos com um ou dois centímetros cúbicos. Vi porêem o Dr. Bensaúde injectar no mesmo doente e no mesmo dia 5 centímetros cúbicos, o que prova a inocuidade de tal tratamento. Devemos injectar muito lentamente e parar logo que o doente acuse dôr, pois d'outra forma nos arriscamos a romper a veia e assim os perigos de infecção são muito aumentados. Caso isso succedesse

deveríamos parar a hemorragia com um soluto de adrenalina que préviamente devemos ter posto em sítio ao alcance da nossa mão. As injeções fazem-se todos os 3 dias. Assim operava o Dr. Bensaúde, devido aos dias da sua consulta serem assim distanciados.

Com esta prática só tem tido sucessos, os doentes logo apoz a 1.^a ou 2.^a injeção acusam melhoras e sentem-se satisfeitos.

A duração da cura varia evidentemente com os doentes, com o numero e o estado mais ou menos avançado das hemorróidas.

Constitui êste tratamento, podemos dizer, uma esperança para aqueles que sofrem e não se querem sujeitar a uma operação. Há doentes por exemplo, que por receio a uma terapêutica cirúrgica, preferem sofrer toda a vida a fazerem-se operar. Há outros que não podem sê-lo por razões médicas muito justas (dificuldade na circulação porta, sistema cárdio arterial avariado, etc.). Nestes doentes o desaparecimento lento e progressivo das massas hemorroidárias não terá os inconvenientes reais e por vezes terríveis da supressão brusca do fluxo hemorroidário. Enfim aos doentes anemiados, muito enfraquecidos por hemorragias repetidas, não se pode praticar a intervenção nem fazer a anestesia, mas pode-se sem receio praticar as injeções.

Algumas observações tratadas por este método

I — Mademoiselle Claudel, moradora em Paris, Rue de la Jonquière, dactilógrafa e com 39 anos de idade, vem à consulta a 1.^a vez em 14 de Abril de 1921.

Queixa-se de hemorróidas que a incomodam há 4 anos.

Tendência para a constipação e defecação mais ou menos dolorosa. De vez em quando algumas estrias de sangue vermelho por cima das suas matérias.

Não apresenta mais nada digno de menção, nem nos seus antecedentes pessoais, nem nos seus antecedentes hereditários. Todos os aparelhos sem nada a registar.

Convida-se o doente para uma rectoscopia, para o dia 16 do mesmo mês.

Faz-se o diagnóstico de hemorróidas acompanhadas de prolapso rectal, mais marcado anteriormente.

Faz-se a 1.^a injeção neste dia de 1^{cmc.}

No dia 23 de Março 2.^a injeção

»	»	30	»	»	3. ^a	»
»	»	3	»	Abril	4. ^a	»
»	»	10	»	»	5. ^a	»

Todos os sintomas se atenuaram desde a primeira injeção as hemorragias desapareceram, as dores atenuaram-se, as hemorróidas murcharam. Para atacar o prolapso deram-se mais injeções.

No dia 14 de Abril — ás 10 horas

»	»	17	»	»	—	»	3	»
»	»	21	»	»	—	»	9	»
»	»	25	»	»	—	»	3	»
»	»	4	»	Junho	—	»	9	»
»	»	9	»	»	—	»	6	»

Nota. — Considera-se a circunferência rectal como o mostrador de um relógio. Fazemos esta nomenclatura por horas, para facilitar o operador, e assim se poderem injectar sítios que não levaram ainda injeccção, caso se julgue necessário.

A doente ficou curada e hoje não sente nenhuma das perturbações que a afligiam.

II — M. Blot, Rua Mongalet, Paris, empregado commercial, casado e sem filhos, 45 anos de idade.

Veio à consulta em 3 de Junho de 1921.

Queixa-se de perdas de sangue pelo ânus desde há 15 anos, mas de uma maneira intermitente. Há 5 semanas, porém, tornaram-se contínuas e abundantes, sendo o sangue vermelho e atingindo por vezes o volume de $\frac{1}{4}$ de litro. Apresenta-se por isso anemiado e com astenia. Nas suas fezes não existem mucosidades nem membranas.

Sofreu de paludismo e disenteria.

Sífilis aos 24 anos, tratado durante 3 anos por pílulas de protoiodêto de mercúrio; apresenta placas de leucoplasia. Nada na aórta.

Reflexos pupilares e patelares normais. Não existia sinal de Romberg. Sempre constipado. O toque rectal é impossível por causa da coprostase. Faz-se

tomar um clister evacuador para no dia seguinte ser submetido à rectoscopia. Não se constata nada a não ser hemorróidas.

Faz-se uma meia duzia de injeccões de cloridrato duplo de quinino e urêa com 3 dias de intervalo. Resultados maravilhosos. O doente cura e não sofre mais.

III — Madame Leblanchc, Rue de la Colonie, Paris, 41 anos de idade.

Veio à consulta, queixando-se de hemorragias rectais desde há 4 anos, mas desde os 18 anos que constata de tempos a tempos sangue vermelho nas fezes. Nem mucosidades nem membranas. Sempre constipada, com falsas necessidades de defecação. Os sintomas agravaram-se desde há 2 mezes. A doente constata quotidianamente sangue vermelho nas fezes, o volume de um copo vulgar: anemia e astenia.

O pai falecido com uma doença no fígado; o marido tem uma bronquite crónica; uma filha falecida de meningite.

Dos seus antecedentes pessoais nada que mereça chamar a nossa atenção. Diz ter tido um abôrto de 2 meses e meio. O exame rectoscópico, revela hemorróidas e prolapso. Fazem-se as seguintes injeccões:

No dia 14 de Junho — às 10 horas

» » 16 » » — » 2 »

» » 18 » » — » 3 »

» » 21 » » — » 6 »

» » 26 » » — » 9 »

» » 29 » » — » 12 »

» » 2 » Julho — » 6 »

Desde a 1.^a injeção que as hemorragias diminuíram. Á 3.^a injeção, pararam quasi por completo. A doente ficou curada.

*
* *

Outras observações poderia relatar, mas creio que estas bastam. O importante é relatar um facto, dizer as conclusões a que chegamos e chamar a atenção de todos os clínicos sobre este novo método de tratamento.

Antes de entrar no tratamento cirúrgico direi que algumas vezes, em consequência da supressão rápida das hemorróidas, alguns accidentes se notam que é preciso remediar, e mesmo por vezes chamar de novo o fluxo hemorroidário.

Para isso se usam os supositórios de aloés, na dose de 0^{gr}.05 e as irrigações quentes. Ou as pílulas de aloés com as seguintes :

Aloés.	0,gr.10
Gôma guta.	} ãã 0,03
Turbite vegetal	
Extracto de beladona	0,01

Tratamento operatório

Dilatação do orifício anal.—É segundo certos autores o processo de escolha quando se trata de pequenas hemorróidas que sangram e são dolorosas, com espasmo do esfíncter. Mas é contra-indicado quando o orifício anal é largo e as hemorróidas pro-cidentes. Primeiro empregado no tratamento da fissura anal por Fontan, foi depois aplicado ao tratamento das hemorróidas. Durante muito tempo se acreditou que êle daria uma cura verdadeira, completa e duradoura e isto levou os autores a quererem explicar o mecanismo desta cura. Assim Duret dá a seguinte explicação: entre as hemorróidas superiores e inferiores, ou por outra, entre o sistema porta e o sistema cava, existem finos ramúsculos anastomóticos que atravessam o esfíncter; o estrangulamento dêstes ramúsculos anastomóticos pelo músculo, explicaria as hemorróidas.

A dilatação forçando as fibras musculares supri-

miria o estrangulamento. A supressão da causa explicaria a cura.

Mas depressa se conheceu que a cura não era definitiva, que as recidivas eram freqüentes, tão freqüentes mesmo que toda a gente considera hoje a dilatação como tratamento unicamente paliativo, que alivia o doente por um espaço de tempo mais ou menos longo, mas que o não cura. Quanto à explicação de Duret ela é falsa, pois que as anastomoses intra-musculares são insignificantes, comparadas com outras muito mais largas, situadas fora do esfíncter.

Todavia devemos considerar a dilatação como um paliativo de primeira ordem, os seus resultados imediatos são excelentes. Suprime todos os acidentes e em especial as hemorragias, por um tempo bastante longo. A dilatação parece actuar esmagando um certo número de veias que acabam por se obliterar.

Técnica. — A dilatação faz-se com os dedos ou com o espéculo. É uma operação extremamente dolorosa, que tem de fazer-se com anestesia. Esta pode ser geral ou local, usando-se neste caso uma solução de novocaina a 1 por 200, adicionada de adrenalina. Injecta-se na mucosa e no esfíncter. É preciso que a anestesia seja perfeita o mais possível, para evitar as síncope reflexas por vezes mortais.

A dilatação digital faz-se introduzindo no ânus os 2 polegares que se devem encostar pela sua face dorsal enquanto que os outros 4 dedos, tomam ponto de apoio nos isquions. Depois afastam-se no sentido transversal até que a sua face palmar encontre as tuberosidades esquiáticas. A mesma manobra é execu-

tada em seguida no sentido ântero-posterior. Pode-se substituir os 2 polegares pelos 2 indicadores, que penetram mais profundamente. Em qualquer caso é preciso ir com doçura e devagar, para não se expor a fragmentar ou a deslocar um coágulo intravenoso.

A *dilatação pelo espéculo* realiza-se facilmente. Introduz-se no ânus o indicador induzido de vazelina. Introduz-se a seguir o espéculo, quer bivalve quer trivalve, afastam-se as suas diferentes partes e logo que o afastamento é julgado suficiente retira-se o espéculo sem aproximar as suas valvas.

É necessário que a anestesia seja levada até ao período da resolução absoluta. Se se pratica a dilatação durante o período de excitação, os reflexos periféricos não são abolidos e o doente expõe-se a uma síncope que constitui o único perigo sério de uma operação muito simples. Depois da dilatação observa-se durante alguns dias uma incontinência de fazes, mas rapidamente o esfíncter retoma a sua tonicidade. A retenção de urinas pode também observar-se passageiramente.

A dilatação tem por fim vencer o espasmo e a dôr que dêle resulta, mas não constitui um meio radical de tratamento. Não se pode com efeito pensar em suprimir inteiramente as hemorróidas nem evitar a sua recidiva. É por isso que alguns cirurgiões preferem hoje a operação sangrenta. Usa-se a laqueação que consiste em passar um fio no pedículo da hemorróida e apertá-lo de maneira a interromper a circulação. O tumor hemorroidário elimina-se por esfacêlo. Outros autores usaram a cauterisação pelo termo-cautério, servindo-se de técnicas especiais.

Todos êstes métodos porêm estão postos de parte.

O Dr. Crisol (de Nice) publica um artigo no *Journal des Praticiens*, de 3 de Janeiro de 1920, em que descreve uma operação, a que dá a sua preferência e a que chama *l'encerclage*.

É a bem dizer uma laqueação seguida de excisão. São suas as seguintes frases que fazem parte da descrição e técnica:

«Deux pincés de Kocher étant placées sur le rebord cutanés-muqueux, l'aide écarte les lèvres de l'orifice anal préalablement dilaté. On se renseigne ainoi sur le nombre des bourrelets pédiculés on pédiculisables toujours. C'est le doit qui doit sentir plus que l'œil ne doit voir. Avec une aiguille courbe de Reverdin, on procede alors à l'encerclage de la tumeur hémorroïdaire. Se servir d'un gros catgut afin qu'il necasse pas. Le chef initial pénétrant au ras de la peau, on conduit le catgut tout au tour du paquet hémorroïdaire que l'on a décidé d'étrangler en s'y prenant à plusieurs fois, tout comme fait l'aiguille qui poupile. Le doit introduit dans l'anus, sert à réparer les tissus hémorroïdaires et à forcer la pointe de l'aiguille à penetrer en tissu sain juste au dehors du bourrelet.

«Le chef terminal vient sortir au niveau de la peau à peu de distance du chef initial. On a réalisé ainsi une sorte de ligature en bourse, un fauillage du bourrelet, qui est pris en totalité. Rien n'échape. Il ne rest qu'à serrer fortement: faire trois nœuds et couper le catgut assez bien. On encercle ainsi toutes les tumeurs hémorroidaires. D'ordinaire on peut

«englober dans 4 encerclages toutes les dilatations
«vasculaires. On passe ensuite à la section partielle
«aux ciseaux de la masse étranglée, en se tenant loin
«du nœud, se souvenant que la cure consiste dans la
«ligature et non dans l'excision.

«Un gros drain entouré de gaze enduite de pom-
«made de Reclus, est ensuite introduit dans l'anus.
«La masse étranglée chute par sphacèle aseptique, et
«la plaie se répare très vite. Les soins consécutifs
«habituels amènent la cicatrisation dans une vingtaine
«de jours.

«L'opération est presque exangue. Le malade
«guéri présente un orifice anal sans trace opératoire
«aussi lisse que si jamais il n'avait été atteint de
«phlébite hémorroïdaire.

«Les résultats éloignés sont aussi bons que pos-
«sibles; jamais nous n'avons observé de complica-
«tions, ce qui n'est pas toujours vrai après l'emploi
«des autres procédés. La retention d'urine immédiate
«post-opératoire a été notée dans une proportion
«de 4 %.

«Elle est d'ailleurs en rapport avec le calibre de
«l'urèthre, tout sténose lache devenant plus serrée par
«suite de la période congestive qui suit le traumatisme.
«Deux fois nous avons eu à pratiquer l'uréthrotomie
«interne.

«L'état phlébitique des hémorroides importe peu;
«qu'il soit à la phase aigüe, sub-aigüe ou chronique,
«il relève du traitement sanglant. Opéré en pleine crise,
«l'hémorroïdarie voit sans inconvénient, disparaître la
«douleur et la cause du mal à la fois».

Para um grande número de autores a ablação da

mucosa ano-rectal, é o método de escolha, pois assim as recidivas se tornam impossíveis.

Esta operação descrita por Whitehead é maravilhosa. Se não está muito em uso ainda é pelas dificuldades técnicas que apresenta.

Técnica. — Todo o doente deve ser preparado durante 8 dias, como para qualquer operação sobre o recto.

Não se deve fazer a dilatação do ânus porque ela esmaga e muitas vezes raspa a mucosa tornando-a mais friável e portanto a operação mais difícil.

Faz-se uma incisão circular justamente na união da pele e da mucosa. Quando a este nível existem saliências hemorroidárias, somos obrigados a afastar-nos um pouco desta linha de união, mas tendo o cuidado de não sacrificar a pele, pois se isso succedesse os resultados seriam piores.

Feita a incisão procede-se ao descolamento. Reconhece-se primeiro o esfíncter quando êle não tem sido dilacerado por uma dilatação intempestiva. É um músculo pálido, muito mais pálido que os músculos da vida de relação.

É justamente para dentro dêle que se deve encontrar a zôna de clivagem. Se caminhássemos para fora, cortaríamos o esfíncter e como consequência uma forte hemorragia arterial e mais tarde talvez incontinência. Se caminhássemos muito para dentro teríamos também uma forte hemorragia, e no final da operação um retalho superior muito delgado e portanto pouco resistente, rasgando-se pelos fios de sutura.

Faz-se depois a secção da mucosa em parte são,

fácilmente reconhecível. Em geral basta ressecar-se um anel de 2^{cm},5 de alto. A mucosa são é suturada ao rebôrdo cutâneo.

Várias modificações se teem feito nesta técnica. Mas no fundo, o princípio é o mesmo. Os resultados são excelentes. Como cuidados post-operatórios, é preciso constipar o doente e cobrir a região perineal com um penso. Êste facilmente se suja com exsudações e por isso se deve mudar pelo menos uma vez ao dia, tendo o cuidado de limpar a região anal com tampões enchidos de álcool, deixar secar, e colocar por cima novamente o penso.

Tem-se incriminado esta operação de acarretar uma hemorragia considerável.

Já vimos que o essencial era encontrar o plano de clivagem. Encontrado êle, as hemorragias são insignificantes.

Outros acusam de produzir retraímentos. Porêem os casos registados são em pequeno número, e sempre o retraímento é pouco considerável.

O essencial é seguir uma boa técnica e operar o mais possível em período de calma.

Diz Marion que êste processo de Whithead pode dar retraímentos, no caso de desunião dos lábios da sutura.

Para isso aconselha a que se não faça a incisão de todo o contôrno anal, mas sim a que se deixe algumas porções de mucosa são. Ficam assim verdadeiras colunas que no caso de desunião dos lábios da ferida impediriam que o afastamento fôsse muito grande, e tornaria o retraímento assim menos intenso.

Se nesta mucosa que se poupou existissem alguns

tumores hemorroidários, cauterisar-se-iam com o termo-cautério.

Desde que as hemorróidas são em pequeno número 2 casos temos a considerar:

a) Quando as hemorróidas são pediculadas, basta laqueá-las ao nível da sua base e seccioná-las em seguida. Se a base é muito larga, atravessa-se esta com um fio, que depois se ata para um e outro do lado do pedículo;

b) Quando as hemorróidas não são pediculadas faz-se a incisão ao bisturi em toda a sua circunferência, fazendo em seguida a dissecação do tumor hemorroidário.

Faz-se a sutura dos lábios da ferida em 2 planos, um profundo atravessando o esfíncter e outro superficial unindo mucosa com mucosa.

Os cuidados prè e post-operatórios não teem aqui nada de particular.

Êste processo é precedido de dilatação do ânus.

CONCLUSÕES

Para o tratamento das hemorróidas dispomos de meios médicos e de meios cirúrgicos.

Os primeiros, considerados por muito tempo como simples paliativos e ocupavam antigamente no tratamento das hemorróidas um lugar inteiramente secundário para todos os doentes que se queriam tratar a sério e vêr livres e curados para sempre da sua enfermidade.

Dahi vem que o tratamento cirúrgico tomou uma importância capital nos tempos passados.

Hoje, graças às injeções coagulantes e em especial aos sucessos que nos prometem as injeções de cloridrato duplo de quinino e urêa, o tratamento médico ganha sobre o cirúrgico um incremento cada dia maior, reservando-se êste para os casos abandonados e não tratados de princípio. É certo dizer que o tratamento operatório bem conduzido nos dá resultados brilhantes e indiscutíveis. Porêem uma operação é sempre uma

operação, a que os doentes se não sujeitam senão como último recurso. Preferem um tratamento médico ainda que demorado, mesmo que os resultados obtidos não sejam tão brilhantes. Contentam-se com grandes melhoras, e alguns mesmo, se o mal fôsse de morte, preferiam morrer a deixarem-se operar. Outros não podem ser operados, quer porque o seu estado o não permite, quer porque outras doenças contraindicam a operação.

Os progressos feitos no campo médico á êste respeito merecem por isso a atenção de todos aqueles que trabalham para bem da humanidade.

VISTO

Feixeira Bastos,
Presidente.

PODE IMPRIMIR-SE

Maximiano Lemos,
Director.

BIBLIOGRAFIA

- TESTUT. — Anatomie descriptive.
- A. GILBERT ET PAUL CARNOT. — Maladies de l'intestin.
- EMILE SERGENT — L. RIBADEAU DUMAS — L. BABONNEIX.
- Appareil digestif.
- FORGUE. — Precis de pathologie externe.
- A. LE DENTU ET PIERRE DELBET. — Maladies de l'an us et du Rectum.
- BENSAÚDE. — Rectoscopie et sigmoidoscopie.
- L. PRON. — Maladies de l'intestin.
- ALBERT ROBIN. — Clinique therapeutique.
- GASTON LYON. — Clinique therapeutique.
- SEGARD. — Consultaire.
- R. BENSAÚDE ET H. ERUST. — Quelques remarques sur les procedés recents de diagnostic et de traitement des hemorroïdes.
- *Presse Medicale*, 2 de Março de 1921.
- CRISOL. — Le traitement cirurgical des hemorroïdes — *Journal des Praticiens*, 3 de Janeiro de 1920.
- G. MARION. — Technique chirurgicale.
- A. MARTINET. — Therapeutique clinique.